

Diana	Nombre:
Plata Ariza	Apellido:
Alicia Merina Castilla, Violeta González Méndez, Elena Zabía Galíndez, Elena Martínez Chamorro, Susana Borrueal Nacenta.	Otros Autores:
diani_mpa@hotmail.com	E-mail:
Hospital Universitario 12 de Octubre	Hospital:
Madrid	Ciudad:
MÁS ALLÁ DE LA PANCREATITIS AGUDA	Título:
Paciente de 81 años que acude por dolor abdominal en epigastrio irradiado a espalda, náuseas y vómitos alimentarios/biliosos sin fiebre. Última deposición esa mañana de características normales. Antecedentes de gastrectomía subtotal hace 40 años (úlcera péptica) y colecistectomía por litiasis hace 8 años. En la analítica destaca amilasa 1815 U/L. Diagnosticada de pancreatitis aguda y por empeoramiento clínico solicitan tomografía computarizada (TC) el 4º día de ingreso con sospecha de complicaciones. En la TC se observan cambios postquirúrgicos de gastroyeyunostomía tipo Billroth II con marcado aumento de calibre del asa aferente con estenosis en la anastomosis del asa aferente-estómago, burbujas de gas ectópico en hemiabdomen superior y aumento de calibre de la cabeza pancreática con afectación de la grasa adyacente y líquido libre, no se observan necrosis pancreática/peripancreática ni complicaciones de la pancreatitis. Concluimos que corresponde a un síndrome de asa aferente por estenosis de la anastomosis complicada con perforación y pancreatitis aguda secundaria.	Presentación:
El síndrome del asa aferente es una complicación mecánica poco frecuente que ocurre en pacientes con gastroyeyunostomía Billroth II, Y de Roux y pancreaticoduodenectomía y suele ser secundaria a estenosis anastomótica, hernia interna, invaginación o recidiva tumoral (1,2). La acumulación de secreciones biliopancreáticas e intestinales incrementa la presión condicionando dilatación del asa aferente, de vía biliar y del conducto de Wirsung desencadenando liberación y activación de enzimas pancreáticas con autólisis y respuesta inflamatoria sistémica que finaliza en un cuadro de pancreatitis aguda (3). La fisiopatología es similar a la de la pancreatitis litiásica.	Discusión :
En los pacientes con pancreatitis aguda y antecedente de gastroyeyunostomía Billroth II, Y de Roux y pancreaticoduodenectomía debe valorarse la posibilidad de que el proceso sea secundario a la obstrucción del asa aferente para resolver el proceso obstructivo lo antes posible y evitar complicaciones tanto de la obstrucción como de la pancreatitis aguda.	Conclusión:
1. Scott W. Afferent loop syndrome. Radiology. 2000; 216: 142-5 2. Kunihiko T, Kenichi T, Noriyuki I, Hisashi D. Pancreatitis due to afferent loop obstruction. Internal Medicine. 2013; 52: 2589. 3. Barajas-Fregoso EM, Romero-Hernández T, Macías-Amezcuea MD. Acute pancreatitis and afferent loop syndrome. Case report. Cir Cir. 2013; 81:441-4.	Bibliografía:
Figura 1.TC abdominopélvica con contraste intravenoso. a y b. Cambios postquirúrgicos de gastroyeyunostomía tipo Billroth II con marcado aumento de calibre del asa aferente (flechas en a) secundaria a estenosis de la anastomosis asa aferente-estómago (flecha en b) y burbujas de gas ectópico secundarias a perforación del asa	Pie de foto:

obstruida (* en b). c. Aumento de tamaño de la cabeza pancreática (flecha) con afectación de la grasa adyacente y líquido libre (*), en relación con pancreatitis aguda no complicada.	
--	--